



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

RAFAEL NORIO MAKIBARA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS E RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES
NA TRANSIÇÃO MENOPÁUSICA DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE, BRASIL**

**Lagarto – SE
2019**

RAFAEL NORIO MAKIBARA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS E RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES
NA TRANSIÇÃO MENOPÁUSICA DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE, BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Márcia Neves de Carvalho

RAFAEL NORIO MAKIBARA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS E RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES
NA TRANSIÇÃO MENOPÁUSICA DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE, BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Departamento de Medicina do Campus Prof.
Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial para obtenção do
Bacharelado em Medicina.

**Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Leda Lúcia Couto
de Vasconcelos**

**Co-orientador(a): Prof^a. Dr^a. Márcia Neves de
Carvalho**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Leda Lúcia Couto de Vasconcelos

1º Examinador: Msc. Marco Aurélio de Oliveira Góes

2º Examinador: Msc. Priscilla Daisy Cardoso Batista

PARECER

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi delinear o perfil da mulher climatérica em um município do nordeste brasileiro, caracterizar a prevalência e gravidade dos sintomas climatéricos, avaliar a presença de fatores de risco cardiovascular e fazer uma comparação desses parâmetros entre mulheres residentes na zona urbana e na zona rural. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal em que foi aplicado um questionário sociodemográfico e com questões sobre fatores de risco cardiovascular, bem como a escala de avaliação menopáusica. **Resultados:** Foram entrevistadas 114 mulheres da zona rural e 88 da zona urbana, com média de idade 53 ($\pm 5,92$) anos. A maioria disse morar com algum companheiro (63,8%), pertencia a raça parda (56,9%), baixa renda familiar (90,1%), baixa escolaridade (73,8%), sedentária (56,4%), não fumante (63,9%), menarca entre 10 e 15 anos de idade (67,3%), menopausadas (58,4%), gestado de 3 a 5 vezes (50,0%), acima do peso (65,8%), com circunferência abdominal aumentada (82,6%) e baixo risco cardiovascular (40,1%). A prevalência de sintomas segundo a escala de avaliação menopáusica foi de 89,4%, classificada em moderados de acordo com a pontuação média total $15,14 \pm 8,14$ e quanto aos domínios pesquisados, a severidade foi maior no psicológico ($1,82 \pm 1,50$), seguidos do físico ($1,48 \pm 1,52$) e urogenital ($0,75 \pm 1,32$). Os sintomas mais prevalentes e severos nas mulheres urbanas foi ressecamento vaginal (73,8%) e ansiedade ($2,40 \pm 1,49$) e nas rurais os problemas de bexiga (79,4%) e problemas musculares e articulares ($2,13 \pm 1,59$), respectivamente, além da média da pontuação total obtida ser menor nesse último grupo ($14,5 \pm 7,9$ *versus* $16,1 \pm 8,39$). **Conclusão:** Observa-se que a prevalência de sintomas climatéricos foi maior que de outros estudos e foram classificados como de intensidade moderada, mais severos no domínio psicológico que no físico e urogenital. Nota-se também que as mulheres residentes da zona urbana apresentaram pontuações maiores que as mulheres da zona urbana, porém, menores risco cardiovasculares que essas, o que demonstra a heterogeneidade das populações e a variação das queixas sobretudo devido aos fatores pessoais e externos que estão implicados no climatério.

Palavras-chave: climatério; urbano; rural; prevalência de sintomas; risco cardiovascular.

ABSTRACT

Objective: The objective of the study was to delineate the profile of climacteric women in a Brazilian northeast municipality, to characterize the prevalence and severity of climacteric symptoms, to evaluate the presence of cardiovascular risk factors, and to compare these parameters among women living in urban areas and in the countryside.

Methods: This is a cross-sectional study in which a sociodemographic questionnaire was applied, with questions about cardiovascular risk factors, as well as the menopausal evaluation scale. **Results:** We interviewed 114 rural women and 88 urban women, mean age 53 (± 5.92) years. The majority said that they lived with a partner (63.8%), were of brown race (56.9%), low family income (90.1%), low schooling (73.8%), , non-smokers (63.9%), menarche between 10 and 15 years of age (67.3%), menopause (58.4%), gestated 3 to 5 times (50.0%), overweight (65.8%), with increased abdominal circumference (82.6%) and low cardiovascular risk (40.1%). The prevalence of symptoms according to the menopausal evaluation scale was 89.4%, classified as moderate according to the total mean score 15.14 ± 8.14 and for the domains surveyed, the severity was higher in the psychological (1.82 ± 1.50), followed by the physical (1.48 ± 1.52) and urogenital (0.75 ± 1.32). The most prevalent and severe symptoms in urban women were vaginal dryness (73.8%) and anxiety (2.40 ± 1.49) and bladder problems (79.4%) and muscular and joint problems ($2, 13 \pm 1,59$), respectively, and the mean of the total score obtained was lower in the latter group (14.5 ± 7.9 versus 16.1 ± 8.39). **Conclusion:** It was observed that the prevalence of climacteric symptoms was higher than in other studies and were classified as moderate intensity, more severe in the psychological domain than in the physical and urogenital. It is also noted that women living in the urban area presented higher scores than women in the urban zone, but lower cardiovascular risk than those, which demonstrates the heterogeneity of populations and the variation of complaints, mainly due to the personal and external factors that are implied in the climacteric.

Key words: climacteric; urban; rural; prevalence of symptoms; cardiovascular risk.

SUMÁRIO

	Pág.
1 REVISÃO DA LITERATURA	6
2. ARTIGO	14
3 REFERÊNCIAS	39
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	44
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	56

1 REVISÃO DA LITERATURA

a. Introdução

O conceito de transição menopáusica ou climatério é um processo de progressão endócrina gradual que leva mulheres em idade reprodutiva com menstruações regulares, cíclicas e previsíveis, características dos ciclos ovulatórios, para o fim dos períodos menstruais associado a senescência ovariana (WILLIAMS, 2014). É por volta dos quarenta anos de idade que muitas mulheres começam a sentir os efeitos do climatério, devido à diminuição da produção dos hormônios sexuais pelos ovários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O período pode ter início aos 35 anos de idade e vai até os 65, quando a mulher é considerada idosa. Normalmente essa transição ocorre ao longo do período que varia entre 4 e 7 anos, sendo que a média de idade para início é 47 anos (BURGUER, 2008; MCKINLAY, 1992). Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), citada pelo Ministério da Saúde (2008, p. 11), o climatério é uma fase biológica da vida e não um processo patológico, onde a transição entre o período reprodutivo para o não reprodutivo é indicado pela menopausa, caracterizada por 12 meses após a última menstruação. Atualmente, admite-se que as mulheres não iniciam a função reprodutiva exatamente na puberdade, nem a terminam na menopausa, definidos em idades cronológicas, mas sim em um período dinâmico dentro do eixo reprodutivo, durante o qual o desenvolvimento ou a senescência ocorrem com relativa rapidez (MICHAEL et al., 2001). Com esses conhecimentos, uma proposta para desenvolver um sistema de estadiamento padronizado, relevante e útil dos estágios da vida feminina foi proposto em 2001, denominado relatório STRAW (*Stages of Reproductive Aging Workshop*), em que etapas características dos ciclos femininos não necessariamente são realizadas de forma contínua, dado ao fato da singularidade com que cada pessoa vivencia o processo. Como alguns fatores podem interferir nesse processo, esse relatório não pode ser aplicado a mulheres com algumas particularidades, como síndrome dos ovários policísticos, insuficiência ovariana prematura e, submetidas a ablação endometrial, ooforectomia unilateral e/ou histerectomia. São considerados também vários componentes potenciais, como ciclos menstruais, fatores endócrinos e bioquímicos, fertilidade, sinais e sintomas em outros sistemas orgânicos e anatomia uterina/ovaria. O ponto-chave é o período menstrual final, sendo descritas três fases principais: período reprodutivo, transição menopáusica e período pós menopausa.

b. Fisiologia da Menopausa

Todos os folículos primordiais presentes na vida da mulher são formados ainda na vida intrauterina, representados por sete milhões na 20ª semana de gestação. Há uma posterior redução para 300.000 a 500.000 até o período da menarca. Desses, 99% entrarão em atresia no menacme e raros estarão presentes na menopausa (WILLIAMS, 2014).

Fisiologicamente, no final da transição menopáusica há redução da foliculogênese, maior incidência de ciclos anovulatórios, aumento dos níveis de hormônio folículo estimulante (FSH) e redução da secreção de inibina. Com a queda da produção estrogênica pela insuficiência ovariana, também há declínio nos níveis de inibina B – hormônio antes responsável por manter controle negativo sobre o hormônio FSH. O hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), na tentativa de estimular a produção estrogênica, é liberado na sua frequência e amplitude máximas, para que seja aumentado também níveis circulantes de FSH e hormônio Luteinizante (LH). A redução da função dos folículos ovarianos acarreta irregularidade menstrual (ANTUNES; MARCELINO; AGUIAR, 2003) e, com a falência ovariana estabelecida na menopausa, o endométrio torna-se atrófico por ausência de estimulação estrogênica, com consequente amenorreia (SILVA; COSTA, 2008).

c. Aspectos Clínicos

Diante de todas essas transformações fisiológicas que antecedem a senescência no corpo feminino, surgem respostas que são transmitidas por meio de sintomas, que podem afetar a qualidade de vida da mulher. De acordo com Silva e Costa (2008), aproximadamente 60 a 80% das mulheres queixam-se de alguma sintomatologia desagradável, sendo comuns sintomas vasomotores e urogenitais. Os sinais e sintomas clínicos do climatério podem variar de intensidade e podem ser classificados em transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda e os não transitórios, representados pelos fenômenos atróficos geniturinários, distúrbios do metabolismo lipídico e ósseo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Entre as manifestações iniciais estão a irregularidade menstrual; os sintomas vasomotores (ou fogachos, que frequentemente começam como uma sensação de pressão na cabeça, seguida pela sensação de calor na cabeça, pescoço e tórax); as manifestações atróficas no sistema geniturinário (prurido, dispareunia); as alterações da pele e fâneros; as alterações psíquicas, que vão da fadiga até a

depressão e as disfunções sexuais, pela diminuição da libido e pela atrofia do aparelho geniturinário. Gonçalves e Merighi (2005), apontam que as manifestações tardias são a osteoporose e as doenças cardiovasculares (DCV). Evidências apontam que um início precoce da menopausa está associado a um risco aumentado de doenças cardiovasculares, osteoporose e mortalidade geral, enquanto que uma idade mais tardia da menopausa está associada ao risco elevado de câncer de mama, ovário e endométrio (*COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER*, 2012).

Sintomas como dispareunia e ressecamento vaginal, dentre outros são relatados nesse processo. Entretanto, há controvérsias acerca do real papel da deficiência estrogênica e de outros fatores como determinante dos sintomas. Alguns autores afirmam que os sintomas climatéricos são multifatoriais e que variam com a escolaridade, renda, fatores genéticos, ambientais e psicossociais, assim como os próprios sintomas poderiam ser determinantes na prevalência ou surgimento de outros. Em um estudo de 2014, feito através de inquérito domiciliar com 1.200 mulheres observou-se prevalência da síndrome climatérica em 85,9% das mulheres (MALHEIROS, 2014) e no estudo REDLINIC (*Collaborative Group of Research of the Climateric in Latin America*) de Blümel, Chedraui e Baron (2011), 90,9% das mulheres tinham pelo menos um sintoma menopausal. Em outro estudo mais recente, os sintomas mais prevalentes foram problemas musculares e articulares, ansiedade e falta de ar (incluindo suor e calor intenso), em ordem crescente, sendo mais intensos os sintomas de ansiedade, irritabilidade e humor depressivo (ASSUNÇÃO, 2017). Silveira (2007), em seu estudo sobre mulheres climatéricas urbanas e rurais do Rio Grande do Norte, evidenciou maiores escores de sintomas somáticos, psicológicos (ansiedade e depressão), vasomotores e sexuais em mulheres urbanas que rurais, corroborando Zhao (2000) que também observou diferença significativa entre as duas populações citadas. Lui Filho (2015) relatou maior intensidade de sintomas climatéricos em mulheres mais idosas.

Desse modo, diante de todas as alterações fisiológicas que ocorrem nessa transição entre o menacme e a senilidade, o corpo sofre transformações decorrentes da falência ovariana e todo seu contexto, com a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. Uma vez estabelecido esse último, os sintomas irão representar as mudanças que estão sendo estabelecidas gradativamente, como desregulação

hormonal, ciclos anovulatórios, irregularidade menstrual, fogachos, sintomas musculoesqueléticos, sintomas depressivos, ansiedade, distúrbios do sono, dentre outros, que terão sua prevalência e gravidade quantificadas de acordo com vários determinantes, ocorrendo o que se denomina multifatorialidade dos sintomas climatéricos determinados pela idade, genética, grau de escolaridade, satisfação pessoal, renda, local de residência, dentre outros, que fazem parte da vida da mulher, assim como do meio no qual ela está inserida.

Algumas escalas são usadas para avaliar tanto a prevalência de sintomas quanto sua gravidade, desde leve, moderado a intenso. De acordo com a Sociedade Norte Americana de Menopausa (*North American Menopause Society*), a qualidade de vida não é determinada apenas pela saúde geral e sintomas relacionados à menopausa, mas inclui a percepção da mulher e de seu status de vida dentro de sua cultura e sistema de valores, influenciada por seus objetivos, expectativas e preocupações. Revisão sistemática de Jenabi et al. (2015), recomenda alguns questionários que podem ser utilizados para pesquisas, classificadas como gerais (*Short Form-36*, *EuroQOL*) e específicos para menopausa (*Greene Climateric Scale*, *Women's Health Questionnaire*, *Menopause Sympton List*, *Menopause Rating Scale*) ou combinados (*UOQL*, *MENQOL*). Martíneza (2012) referiu que os dois sintomas mais prevalentes em seu estudo foram fogachos e irritabilidade e que 71,5% deles foram classificados como sintomas leves. Miranda (2012) concluiu que a terapia hormonal teve papel significativo na amenização dos sintomas e que a qualidade de vida esteve mais ligada a fatores emocionais, psicológicos e sociais. Araújo (2015) utilizando o índice de Kupperman-Blatt, encontrou sintomas leves em 41,92% das entrevistadas. Kamal e Seedhom (2017) com a Escala de Avaliação Menopáusica (*MRS – Menopause Rating Scale*), referiu que a maioria dos sintomas foi de intensidade moderada, com maior prevalência de dor musculoesquelética, esgotamento físico e mental e sudorese.

d. Risco Cardiovascular

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam sendo a principal causa de morte entre as mulheres nas cinco regiões do Brasil (MANSUR; FAVARATO, 2016) e o risco aumenta exponencialmente à medida que entram no período pós menopausa (MATTHEWS, 1994; VAN BERESTEIJN; KOREVAAR; HUIJBREGTS, 1993). Um estudo de Kannel (1987) observou pela primeira vez a relação entre menopausa e

DCV, com tendência a aumento de 2 a 6 vezes em comparação com mulheres na pré-menopausa da mesma faixa etária. Segundo Lisabeth e Bushnell (2012), após 10 anos do início da menopausa o risco de acidente vascular encefálico aumenta em duas vezes. Alguns fatores, como a queda do nível de estradiol associado à menopausa, podem estar relacionados ao risco de DCV. Em um estudo com mais de 300.000 mulheres chinesas, a idade da menopausa e os anos reprodutivos totais foram inversamente associados a DCV fatal e não fatal, enquanto o risco de DCV foi maior com maior tempo desde a menopausa, ou seja, mais anos de pós-menopausa (YANG et al., 2017). Kat (2017) observou associações independentes de idade e estado de menopausa com fatores de risco de DCV selecionados, principalmente a nível de metabolismo lipídico, em uma coorte populacional de grande porte. Dosi (2014), demonstrou uma maior prevalência de doença arterial coronariana e hipertensão arterial sistêmica em mulheres pós-menopausa, o que demonstra efeito protetor do estrogênio antes da parada das menstruações.

Ainda não está claro o real impacto da menopausa, queda hormonal e suas implicações no aumento do risco de DCV, uma vez que, indubitavelmente, com o envelhecimento surgem modificações no organismo que poderiam ser consideradas independentes do climatério no surgimento das DCV. Ley (2017), em um estudo prospectivo de coorte de 73.814 sem DCV, mostrou que uma vida reprodutiva mais curta e idade precoce da menopausa aumentam os riscos de doença cardíaca e vascular futura. Versiani (2013) define que mulheres pós-menopáusicas apresentam maior risco cardiovascular, de acordo com o Escore de Framingham, que mulheres pré-menopáusicas.

É evidente que os eventos cardiovasculares possuem correlação com a idade e com o envelhecimento da população tanto em homens quanto em mulheres. Parece haver relação da queda dos níveis de estrogênio feminino durante o climatério com o aumento do risco cardiovascular, já que mulheres antes da transição climática possuem escores de Framingham bem menores se comparados aos homens, equiparando-se a eles com o passar dos anos. Parece estar bem estabelecido que há implicações hormonais, porém sua relação direta e observada, com estudos de caso-controle, ainda não permitem esclarecer com certeza tal relação, uma vez que o envelhecimento é um fator de risco independente para DCV. Porém, alguns estudos demonstram que fatores como diminuição do período reprodutivo e idade precoce da

menopausa podem estar implicados na gênese do problema, além de outros fatores já bem estabelecidos como sedentarismo, obesidade, tabagismo, hábitos alimentares inadequados e dislipidemia.

e. Diferenças na prevalência de sintomas e risco cardiovascular entre mulheres urbanas e rurais

Estudos apontam que existem diferenças na qualidade de vida e, conseqüentemente, na prevalência de sintomas entre as mulheres, uma vez que o climatério é um fenômeno que envolve muitos fatores que podem interferir tanto na prevalência de sintomas quanto na percepção e impacto desses na vida diária. O próprio sistema de estadiamento STRAW indica que os sinais e sintomas do envelhecimento reprodutivo parecem diferir a depender da raça, etnia, cultura, região geográfica e status socioeconômico, assim como particulariza que os estágios são alcançados de forma individual, sendo que nem todas as mulheres alcançarão um padrão pré-determinando (MCKINLAY; BRAMBILLA; POSNER, 1992). Sob essa perspectiva, o climatério é considerado um fenômeno multifatorial, sofrendo interferência de diversos fatores (SILVEIRA, 2007). O conceito de etnia, de acordo com o dicionário Michaelis é uma comunidade ou grupo de pessoas caracterizadas por uma homogeneidade sociocultural com língua, religião e modo de agir próprios. Desse modo, diferentes contextos, ambientes e culturas implicarão em diferentes formas de lidar com as transformações decorrentes das transições que acontecem durante as fases da vida. O artigo de Khademi S. (2003, p. 114) sugeriu que mulheres iranianas urbanas (mais ocidentalizadas) no climatério seriam semelhantes a mulheres ocidentais, como as habitantes dos Estados Unidos da América ou da Europa Ocidental, com visão mais negativa da menopausa e, o que se observou foi totalmente ao contrário, uma vez que foram as mulheres rurais que perceberam mudanças mais profundas de suas funções na comunidade sentiram muito mais perda da atratividade, principalmente para seus maridos, em comparação às mulheres urbanas, que viam a menopausa muito mais como um processo normal e natural decorrente do envelhecimento

Dentro de uma mesma região geográfica as mulheres podem diferir na qualidade de vida e, conseqüentemente, diferir na prevalência de sintomas decorrentes da transição menopáusica. Żołnierczuk-Kieliszek (2012, p.133) conclui que a qualidade de vida foi significativamente afetada pelo local de residência, com pior

qualidade de vida naquelas moradoras de zonas mais distantes do que as habitantes das cidades. Kaczmarek (2017, p. 43), utilizando a escala de Qualidade de vida versão curta de 36 itens (*Short form healthy survey 36 - SF-36*) para medida entre mulheres urbanas e rurais pós-menopáusicas em uma amostra polonesa, encontrou que as mulheres que vivem em grandes cidades são mais propensas a ter melhor qualidade de vida e isso decorre das condições de vida, englobadas por variáveis socioeconômicas e culturais, que por sua vez englobam renda, emprego, anos de estudo, comportamento e estilo de vida, sendo que as mulheres com menor status socioeconômico, tendem a adotar comportamentos menos saudáveis, assim como possuem menos assistência em relação à saúde, menos apoio social, menos espaços para lazer e para melhora do comportamento psicológico, tudo isso contribuindo para piora da qualidade de vida, em uma análise mais profunda. De acordo com esses estudos, Sharma (2015, p. 17), ao utilizar duas escalas: Escala de Avaliação Menopáusica (*Menopause Rating Scale - MRS*) e Escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life*), observou que as mulheres pós-menopáusicas habitantes da zona rural, comparadas as da zona urbana, apresentavam sintomas severos da menopausa, como musculoesqueléticos, vasomotores, sexuais e geniturinários, assim como pontuações menores na escala de qualidade de vida, sobretudo nos domínios psicológico, social e ambiental, o que denota a interferência direta da renda na qualidade de vida, uma vez que apresentam maior privação social, falta de educação, menor acesso aos serviços de saúde, menos empregos e menor oportunidade de atividades de lazer, tudo isso com interferência no contexto de vida em que estão inseridas. Já outro estudo, em Bengala Ocidental de Karmakar (2017, p. 24), com mulheres peri e pós-menopáusicas somente da zona rural com questionário de qualidade de vida específico da menopausa (*The Menopause-Specific Quality of Life - MENQOL*) observou-se como sintomas mais prevalentes a sensação de ansiedade e de nervosismo, seguido da sensação de cansaço e sintomas vasomotores, sendo que quase todos os domínios avaliados, foram prejudicados. Estudo em mulheres rurais de Puducherry – Índia e Bengala Ocidental, relataram dores articulares e musculoesqueléticas como o sintoma mais prevalente em ambas as amostras. Em um comparativo de mulheres urbanas e rurais com a Escala de Avaliação Menopáusica, as últimas tendem a ter sintomas mais severos, sendo os problemas articulares também os mais citados por ambas.

Tandon (2017, p. 27) infere que a menopausa é um fator de risco para DCV, porque a retirada do estrogênio tem um efeito prejudicial na função cardiovascular, devido a mudanças na distribuição da gordura corporal de um padrão ginecóide para um padrão andróide, tolerância reduzida à glicose, lipídios plasmáticos anormais, aumento da pressão arterial, aumento do tônus simpático, disfunção endotelial e inflamação vascular. Em seu estudo, foi constatado em mulheres pós-menopausicas rurais em uma região da Índia, prevalência de 56% de Hipertensão Arterial Sistêmica, 21% de diabetes melitus, obesidade abdominal em 60%, dislipidemia em 39% e síndrome metabólica presente em 13% da população estudada. Liang (2013, p. 3), no estudo de mulheres pós-menopáusicas rurais no Cantão, China, encontrou prevalência de síndrome metabólica em 37,7% dentre 5.010 participantes elegíveis, com os componentes observados de acordo com os critérios pré-definidos: aumento da pressão arterial (79,1%), aumento da circunferência abdominal (76,6%), glicemia de jejum alterada (71,5%), aumento dos triglicérides (67,0%) e redução do HDL colesterol (38,1%). Barua (2018), também em 265 mulheres pós-menopausicas em comunidade rural de Bangladesh, evidenciou que 44,9% relataram ingesta extra de sal nas refeições, 47,5% eram tabagistas passivamente, 73,2% tinham obesidade central, 37,7% eram hipertensas, hipercolesterolemia 25,7% e 20,8% diabéticas.

Ainda são poucos os estudos no Brasil que fazem uma comparação entre as populações urbana e rural, referentes à sintomatologia e ao risco cardiovascular decorrente da transição menopáusica.

2. ARTIGO

Artigo Original

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS E RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE, BRASIL.

Prevalence of symptoms and cardiovascular risk in women in the menopausal of a city of Sergipe, Brazil.

Rafael Norio Makibara¹

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos²

Márcia Neves de Carvalho³

Marco Aurélio de Oliveira Góes⁴

Cláudia Patrícia Souza Teles⁵

Autor correspondente:

Rafael Norio Makibara

e-mail: rafael_nmaki@hotmail.com

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

e-mail: ledalucivasconcelos@gmail.com

Márcia Neves de Carvalho

e-mail: marcianevesc@gmail.com

Marco Aurélio de Oliveira Góes

e-mail: maogoes@gmail.com

Cláudia Patrícia Souza Teles

Email: cpst@bol.com.br

¹Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, campus Antônio Garcia Filho.

²Médica pela Universidade Federal de Sergipe. Mestre pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Especialista em Medicina Preventiva e Social, em Medicina do Trabalho, Direito Sanitário e Gestão Hospitalar.

³Médica pela Escola de Medicina e Saúde Pública. Mestre e Doutora em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto. Pós-doutorado em Ciências Reprodutivas pela Oregon Health and Science University, EUA. Docente do Departamento de Medicina de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe.

⁴Médico pela Universidade Federal de Sergipe. Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Mestre em Saúde e Ambiente. Docente do Departamento de Medicina de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe.

⁵Médica pela Universidade Federal de Sergipe. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Docente do Departamento de Medicina de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe.

Departamento de Medicina de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe.

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi delinear o perfil da mulher climatérica em um município do nordeste brasileiro, caracterizar a prevalência e gravidade dos sintomas climatéricos, avaliar a presença de fatores de risco cardiovascular e fazer uma comparação desses parâmetros entre mulheres residentes na zona urbana e na zona rural. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal em que foi aplicado um questionário sociodemográfico e com questões sobre fatores de risco cardiovascular, bem como a escala de avaliação menopáusica. **Resultados:** Foram entrevistadas 114 mulheres da zona rural e 88 da zona urbana, com média de idade 53 ($\pm 5,92$) anos. A maioria disse morar com algum companheiro (63,8%), pertencia a raça parda (56,9%), baixa renda familiar (90,1%), baixa escolaridade (73,8%), sedentária (56,4%), não fumante (63,9%), menarca entre 10 e 15 anos de idade (67,3%), menopausadas (58,4%), gestado de 3 a 5 vezes (50,0%), acima do peso (65,8%), com circunferência abdominal aumentada (82,6%) e baixo risco cardiovascular (40,1%). A prevalência de sintomas segundo a escala de avaliação menopáusica foi de 89,4%, classificada em moderados de acordo com a pontuação média total $15,14 \pm 8,14$ e quanto aos domínios pesquisados, a severidade foi maior no psicológico ($1,82 \pm 1,50$), seguidos do físico ($1,48 \pm 1,52$) e urogenital ($0,75 \pm 1,32$). Os sintomas mais prevalentes e severos nas mulheres urbanas foi ressecamento vaginal (73,8%) e ansiedade ($2,40 \pm 1,49$) e nas rurais os problemas de bexiga (79,4%) e problemas musculares e articulares ($2,13 \pm 1,59$), respectivamente, além da média da pontuação total obtida ser menor nesse último grupo ($14,5 \pm 7,9$ *versus* $16,1 \pm 8,39$). **Conclusão:** Observa-se que a prevalência de sintomas climatéricos foi maior que de outros estudos e foram classificados como de intensidade moderada, mais severos no domínio psicológico que no físico e urogenital. Nota-se também que as mulheres residentes da zona urbana apresentaram pontuações maiores que as mulheres da zona urbana, porém, menores risco cardiovasculares que essas, o que demonstra a heterogeneidade das populações e a variação das queixas sobretudo devido aos fatores pessoais e externos que estão implicados no climatério.

Palavras-chave: climatério; urbano; rural; prevalência de sintomas; risco cardiovascular.

ABSTRACT

Objective: The objective of the study was to delineate the profile of climacteric women in a Brazilian northeast municipality, to characterize the prevalence and severity of climacteric symptoms, to evaluate the presence of cardiovascular risk factors, and to compare these parameters among women living in urban areas and in the countryside.

Methods: This is a cross-sectional study in which a sociodemographic questionnaire was applied, with questions about cardiovascular risk factors, as well as the menopausal evaluation scale. **Results:** We interviewed 114 rural women and 88 urban women, mean age 53 (± 5.92) years. The majority said that they lived with a partner (63.8%), were of brown race (56.9%), low family income (90.1%), low schooling (73.8%), non-smokers (63.9%), menarche between 10 and 15 years of age (67.3%), menopause (58.4%), gestated 3 to 5 times (50.0%), overweight (65.8%), with increased abdominal circumference (82.6%) and low cardiovascular risk (40.1%). The prevalence of symptoms according to the menopausal evaluation scale was 89.4%, classified as moderate according to the total mean score 15.14 ± 8.14 and for the domains surveyed, the severity was higher in the psychological (1.82 ± 1.50), followed by the physical (1.48 ± 1.52) and urogenital (0.75 ± 1.32). The most prevalent and severe symptoms in urban women were vaginal dryness (73.8%) and anxiety (2.40 ± 1.49) and bladder problems (79.4%) and muscular and joint problems ($2, 13 \pm 1,59$), respectively, and the mean of the total score obtained was lower in the latter group (14.5 ± 7.9 versus 16.1 ± 8.39). **Conclusion:** It was observed that the prevalence of climacteric symptoms was higher than in other studies and were classified as moderate intensity, more severe in the psychological domain than in the physical and urogenital. It is also noted that women living in the urban area presented higher scores than women in the urban zone, but lower cardiovascular risk than those, which demonstrates the heterogeneity of populations and the variation of complaints, mainly due to the personal and external factors that are implied in the climacteric.

Key words: climacteric; urban; rural; prevalence of symptoms; cardiovascular risk.

INTRODUÇÃO

O climatério corresponde a um processo de progressão endócrina gradual que leva mulheres em idade reprodutiva de menstruações regulares, cíclicas e previsíveis, características dos ciclos ovulatórios, para o fim dos períodos menstruais associado a senescência ovariana¹. A menopausa é o marco desse processo, caracterizado por doze meses de amenorreia após o registro da última menstruação, geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade². Com a perda da função ovariana, há queda do estradiol, resultando na ocorrência de sintomas climatéricos³.

Os sinais e os sintomas irão diferir a depender da raça, etnia, cultura, região geográfica e status socioeconômico⁴. A sintomatologia pode ocorrer de forma transitória principalmente nos anos e meses que antecedem a menopausa e no período após, representada pelos sintomas neurovegetativos, neuropsíquicos e disfunções sexuais, assim como ocorrer de forma não-transitória, relacionados ao próprio processo de envelhecimento, como as alterações urogenitais (distopias, incontinência urinária e fenômenos atróficos geniturinários) e distúrbios metabólicos (alterações no metabolismo lipídico e ósseo)². Em relação às manifestações clínicas não-transitórias, observa-se que o risco de doença cardiovascular (DCV) aumenta exponencialmente com o passar dos anos no período pós-menopausa⁵, com aumento de duas a seis vezes em comparação ao período pré-menopausa⁶ e o risco de acidente vascular encefálico aumenta cerca de dez vezes, após o fim da menstruação⁷. Vale ressaltar que as DCV representam a principal causa de morte entre as mulheres nas cinco principais regiões do Brasil⁸.

Existem poucos estudos brasileiros que avaliam a prevalência de sintomas e o risco cardiovascular em mulheres no climatério, nos vários estágios que são vivenciados nesse período, assim como são escassas as publicações que envolvem o ambiente rural como local de pesquisa. Estatísticas da população brasileira indica que mais de 70% dela vive nas cidades, mas que em determinadas regiões esse índice se iguala à população que vive no campo⁹. O presente estudo visa contribuir com as particularidades existentes no processo de climatério, prevalência de sintomas e o risco cardiovascular através de escalas específicas e validadas, sobretudo em uma região com índice de urbanização distinto da maioria do país e com baixo índice de desenvolvimento humano e socioeconômico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado no período de março a outubro de 2018. Os critérios de inclusão foram mulheres na faixa etária de 45 a 65 anos que se encontravam nas salas de espera e acolhimento das unidades pesquisadas, que concordaram em responder às perguntas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como preconiza as normas éticas estabelecidas na resolução nº 196/96 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Os critérios de exclusão foram as pacientes que não se encontravam na faixa etária preconizada, com história prévia de ooforectomia bilateral ou histerectomia, uso de terapia hormonal nos seis meses antecedentes à coleta dos dados, incapacidade em responder as questões devido a problemas neurológicos e recusa em participar após o convite feito de maneira individual.

A coleta de dados ocorreu em três Unidades Básicas de Saúde do município, acrescidos de um ambulatório de ginecologia geral privado e de um ambulatório de ginecologia público. Uma das unidades localiza-se inteiramente na zona rural e as outras duas na zona urbana, sendo ainda que uma dessas atende populações tanto do perímetro urbano quanto fora dele. Juntas contam com oito equipes de Estratégia de Saúde da Família e possuem 32.326 usuários cadastrados. O ambulatório de ginecologia público é de responsabilidade municipal onde são feitos também outras consultas médicas de outras especialidades e o privado possui uma parceria com a Universidade Federal de Sergipe, na qual os acadêmicos, sobretudo os do curso de medicina, realizam atendimento de saúde conjunto com os docentes.

O município de Lagarto, no último censo de 2010, possuía 94.861 habitantes, 51,53% (n=48.867) residiam na zona urbana e 48,47% (n=45.994) na zona rural⁹. Com relação a proporção entre os sexos 50,99% eram mulheres (n=48.372) e 49,01% homens (n=46.389) e, dentre a população feminina, 8.376 (8,81% do total da população municipal) tinham idade entre 45 e 65 anos. Ao relacionar uma proporção simples de porcentagem, de acordo com os dados anteriormente apresentados para a população do município como um todo, tanto para a população urbana *versus* rural,

quanto para mulheres na faixa etária pesquisada, estima-se que dessas 8.376, 4,54% (n=4.316) eram urbanas e 4,27% (n=4.060) rurais. Desse modo, adotou-se 32.326 (usuários cadastrados nas UBS's - 34% da população total de Lagarto) como o universo amostral, com 8,81% correspondente a 2.618 mulheres com idade entre 45 e 65 anos. Ao admitir uma prevalência de até 85% de sintomas climatéricos¹⁰, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, chega-se a quantidade de 183 mulheres necessárias para a pesquisa. A caracterização dos espaços se deu de acordo com os critérios preconizados pelo IBGE em 2010, onde os espaços territoriais brasileiros são baseados nas legislações de cada município¹¹. Lagarto possui a lei municipal ordinária 196, de 10 de outubro de 2006, que institui o plano diretor de desenvolvimento urbano, na qual justifica pessoas que pertençam a povoados, vilas ou outros que não se enquadrem nos bairros citados dentro da legislação, são considerados como de zona rural¹².

O questionário foi aplicado por dois pesquisadores previamente treinados no instrumento. A primeira parte da entrevista consistiu em um questionário sociodemográfico, aplicados de forma individualizada, após a explicação sobre a finalidade da pesquisa e concordância para participar através do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tal ferramenta consistiu em identificação, hábitos de vida, antecedentes ginecológicos, cirúrgicos e obstétricos. Na identificação foram perguntados o bairro da residência (para posterior divisão em zonas), idade, estado civil, raça (de acordo com a informação e julgamento próprios), renda familiar: menos que, de um a três, de três a seis, de seis a dez e mais que dez salários mínimos, escolaridade: analfabeta, ensino fundamental incompleto, completo, ensino médio incompleto, completo e ensino superior incompleto, completo. Na seção de hábitos de vida, perguntou-se sobre atividade física, classificada em mais ou menos que 150 minutos por semana, e sobre o tabagismo a divisão foi entre não fumante, ex-tabagista ou tabagista atual.

Nos antecedentes ginecológicos foi perguntado a idade da menarca com opções de menor que 9 anos (menarca precoce) e anualmente até mais que 16 anos (menarca tardia) e para a classificação do status menopausal, utilizou-se critérios da *National American Menopause Society*⁴, aonde é considerado pré-menopausa o período reprodutivo anterior à menopausa após os quarenta anos; perimenopausa ou transição menopausal o período anterior à última menstruação, no qual os ciclos

tornam-se irregulares, de dois a cinco anos; e pós-menopausa o período instalado um ano após a última menstruação, independente se for espontânea ou induzida, até antes dos 65 anos. Em antecedentes cirúrgicos as opções eram histerectomia, ooforectomia, perineoplastia, correção de incontinência urinária de esforço com a intenção além de avaliar a história prévia, a exclusão das pacientes que haviam sido submetidas a histerectomia e ooforectomia, assim como perguntado sobre a presença ou não de diabetes mellitus.

As voluntárias também foram submetidas a exame físico, verificando-se parâmetros como índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal. O IMC foi calculado por meio da relação entre o peso corporal (em kg) e a estatura (em metros) ao quadrado, sendo expresso por kg/m^2 . De acordo com critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as mulheres foram classificadas como “baixo peso” ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$), “peso normal” (IMC de 18,5 a 24,9 kg/m^2), “sobrepeso” (IMC de 25 a 29,9 kg/m^2) e “obesas (graus I, II e III)” ($30 \leq \text{IMC} < 35$; $35 \leq \text{IMC} < 40$; $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$)¹³. A circunferência abdominal foi medida como o maior perímetro entre a última costela e a crista ilíaca, considerado como um indicador de gordura visceral e risco cardiovascular e de síndrome metabólica aumentados, principalmente com valores iguais ou superiores a 80 cm¹⁴. Também se verificou o Escore de risco de Framingham, aplicado a partir de fatores de risco cardiovasculares. Classificou-se em baixo risco caso a entrevistada apresentasse apenas um fator de baixo/intermediário risco: tabagismo; hipertensão arterial sistêmica; obesidade; sedentarismo; idade maior que 65 anos; história familiar de evento cardiovascular prévio (para homens menores que 55 anos e mulheres abaixo de 65 anos), em médio risco caso a mulher apresentasse mais que um fator de baixo/intermediário risco e alto risco caso apresentasse pelo menos um fator de alto risco cardiovascular: acidente vascular encefálico prévio; infarto agudo do miocárdio prévio; ataque isquêmico transitório; hipertrofia de ventrículo esquerdo; nefropatia; retinopatia; aneurisma de aorta abdominal; estenose de carótida sintomática; diabetes melitus^{15,16}.

Por fim, aplicou-se a Escala de Avaliação Menopáusica que é uma escala de sintomatologia específica para a menopausa¹⁷ composta por onze perguntas onde cada uma delas possui uma gradação de 0 a 4 pontos, sendo que nenhum equivale a 0 e sintomas leves, moderados, severos e muito severos a 1, 2, 3 e 4 pontos, respectivamente, com o somatório total igual a 44 pontos. Ainda é classificada na

pontuação total em 0-4: sintomas escassos; 5-8: leves; 9-15: moderados; >16 severos e divididas em domínios físico, psicológico e urogenital¹⁸.

Para a análise estatística foi usado o software Rstudio versão 3.5.1. Foi aplicado o teste de normalidade Shapiro-Wilk¹⁹, Wilcoxon-Mann-Whitney²⁰ e Kruskal Wallis²¹ para verificar a relação das variáveis. Para todos os testes foi-se adotado um nível de significância de 5%. Neste trabalho foram utilizadas variáveis qualitativas nominais e ordinais. As análises são divididas, primeiramente, a análise descritiva dos dados, e aplicação de testes para identificar diferenças.

RESULTADOS

Na tabela 1 pode-se observar as variáveis sociodemográficas e o risco cardiovascular distribuídos em números absolutos e em porcentagem. Ao todo 202 mulheres foram pesquisadas: 88 (43,5%) da zona urbana e 114 (56,4%) da zona rural. A média de idade foi de 53 anos ($\pm 5,92$), onde quase metade ($n=94$; 46,5%) declarou-se como casada. A raça parda predominou em 115 entrevistadas (56,9%) e 197 (96,6%) tinham renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. A grande maioria não completou o ensino fundamental, ou seja, 149 (73,8%) tinha menos do que nove anos de estudo e dessas, 29 (14,4%) nunca sequer havia frequentado uma escola.

Com relação aos hábitos de vida, 114 (56,4%) relataram que não praticavam atividade física e 129 (63,9%) eram não fumantes. Na história ginecológica e obstétrica, 136 (67,3%) apresentaram menarca na faixa etária normal para idade, ou seja, dos 10 aos 14 anos e na classificação do estado menstrual, 40 (19,8%) estavam na pré-menopausa, 44 (21,8%) na perimenopausa e 118 (58,4%) na pós-menopausa. Quanto aos procedimentos cirúrgicos ginecológicos, já excluídas as mulheres que foram submetidas a ooforectomia e/ou histerectomia, 39 (19,3%) admitiram terem realizado cirurgia de perineoplastia e 5 (2,5%) para correção de incontinência urinária de esforço. Exatamente metade 101 (50,0%) teve de três a cinco gestações, 57 (28,2%) duas ou menos gestações e 44 (21,8%) mais que seis, sendo que o número médio de gestações por mulher foi de 4,09 ($\pm 2,89$).

Índice de massa corporal normal foi encontrado em 61 (30,2%) e a grande maioria ou 136 (67,3%) estavam acima do peso, distribuídas em 84 (31,6%) com sobrepeso, 36 (17,8%) com obesidade grau I, 13 (6,4%) com obesidade grau II e 3

(1,5%) com obesidade grau III ou mórbida. Mais de 80% (n=167; 82,6%) das mulheres tinham circunferência abdominal maior ou igual a 80 cm, com o restante (n=35; 17,3%) sem alterações. No Escore de Framingham 174 (86,1%) tinham pelo menos algum fator de risco cardiovascular, distribuídas em 81 (40,1%) baixo, 63 (31,2%) moderado e 30 (14,9%) alto risco.

Na escala de avaliação menopáusica explicitada na tabela 2, o coeficiente de Alfa de Cronbach variou entre 0,66 a 0,71 evidenciando satisfatória correlação entre as respostas. A média de pontuação total da escala por participante foi de $15,24 \pm 8,14$ e a prevalência de sintomas encontrados foi de 89,2%, divididos em 10,8% leves, 30,6% moderados e 58,5% severos. Já a média de pontos quanto a gravidade para cada uma das 11 perguntas na ordem decrescente foi: ansiedade ($2,18 \pm 1,56$), problemas musculares e nas articulações ($1,93 \pm 1,61$), irritabilidade ($1,82 \pm 1,46$), estado de ânimo depressivo ($1,65 \pm 1,45$), esgotamento físico e mental ($1,62 \pm 1,54$), falta de ar, suores, calores ($1,44 \pm 1,56$), problemas do sono ($1,38 \pm 1,49$), problemas sexuais ($1,06 \pm 1,43$), mal-estar do coração ($0,99 \pm 1,27$), ressecamento vaginal ($0,67 \pm 1,27$) e problemas de bexiga ($0,49 \pm 1,02$).

Na tabela 3 evidencia-se as porcentagens de acordo com as respostas e ao analisar as maiores porcentagens para cada uma delas, observa-se que a resposta Nenhum foi predominante em 78,7% para os problemas de bexiga, a resposta Pouco Severo foi a mais respondida para o sintoma mal-estar do coração (14,9%), a resposta Moderado predominou em 25,7% das respostas para os sintomas depressivos, assim como a resposta Severo e Muito Severo obtiveram maiores taxas nos sintomas de ansiedade (18,8%) e nos problemas musculares e articulares (29,2%), respectivamente. As tabelas 2 e 3 são analisadas conjuntamente no gráfico 1, em que a gravidade (nenhum, pouco, moderado, severo e muito severo) dos sintomas estão representadas em porcentagens para cada pergunta nas cores das barras verticais e a curva representa a média de pontos para cada uma das 11 perguntas.

A tabela 4 traz o cruzamento entre o bairro de residência e todas as variáveis sociodemográficas, risco cardiovascular e prevalência de sintomas. Ao considerar como significativo o valor de $p < 0,05$, tem-se que dez variáveis apresentaram diferenças entre as duas subpopulações: estado civil, renda familiar, escolaridade, consumo de álcool, cirurgia de perineoplastia, número de gestações, risco cardiovascular, sintomas musculares ou articulares, estado de ânimo depressivo e

irritabilidade. Comparativamente, as mulheres da zona rural predominaram quanto ao estado civil casada ou que moravam junto com algum companheiro (73,7% *versus* 51,1%), tinham renda menor que três salários-mínimos (99,1% *versus* 95,4%), possuíam maior prevalência de baixa escolaridade, principalmente quando se comparou a quantidade de mulheres com menos de 9 anos de estudo (81,5% *versus* 63,6%), fizeram menos procedimento cirúrgico de perineoplastia (12,3% *versus* 28,4%), maior quantidade de mulheres que gestaram mais que 6 vezes (28,9% *versus* 12,5%), maior número de entrevistadas com alto risco cardiovascular (23,3% *versus* 10,5%), apresentaram menor média pontuação (14,5 *versus* 16,1), sendo classificadas então como apresentando sintomas moderados enquanto mulheres urbanas, sintomas severos. A maior prevalência de sintomas nas mulheres urbanas ocorreu com ressecamento vaginal (73,8%) e nas rurais com os problemas de bexiga (79,4%). Significância estatística foi encontrada na média de pontuação por respostas, sendo maiores nas mulheres urbanas para estado de ânimo depressivo (1,94 *versus* 1,43) e irritabilidade (2,17 *versus* 1,57) e menores para problemas musculares e articulares (1,64 *versus* 2,13).

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e fatores de risco cardiovasculares

Variável	Respostas	Frequência	Percentual
Bairro de Residência	Urbana	88	43,6%
	Rural	114	56,4%
Idade	45 a 51	92	45,5%
	52 a 58	62	30,7%
	59 a 65	48	23,8%
Média		52,98 ± 5,89	
Estado civil	Casada	94	46,5%
	Mora junto	35	17,3%
	Solteira	35	17,3%
	Separada/Divorciada	23	11,4%
	Viúva	15	7,4%
Raça	Parda	115	56,9%
	Branca	67	33,2%
	Preta	20	9,9%
	Amarela	0	0,0%
Renda familiar	< 1	74	36,6%

	De 1 a 3	123	60,9%
	De 3 a 6	5	2,5%
	De 6 a 10	0	0,0%
	> 10	0	0,0%
Escolaridade	Sem escolaridade	29	14,4%
	Fund. Incompleto	120	59,4%
	Fund. Completo	18	8,9%
	Médio incompleto	4	2,0%
	Médio completo	21	10,4%
	Superior incompleto	0	0,0%
	Superior completo	10	5,0%
Atividade Física	≥ 150 minutos	88	43,6%
	< 150 minutos	114	56,4%
Tabagismo	Não fumante	129	63,9%
	Ex-tabagista	51	25,2%
	Tabagista	22	10,9%
Consumo de álcool	não faz uso	168	83,2%
	≤ 15 g/dia	30	14,9%
	≥ 15 g/dia	4	2,0%
Menarca	≤ 9	2	0,09%
	10 – 14	136	67,3%
	> 15	64	31,6%
Estado menstrual	Pré-menopausa	40	19,8%
	Perimenopausa	44	21,8%
	Pós-menopausa	118	58,4%
Procedimento ginecológico	Perineoplastia	39	19,3%
	Correção de incontinência urinária de esforço	5	2,5%
Número de gestações	≤ 2	57	28,2%
	3 – 5	101	50,0%
	> 6	44	21,8%
Média		4,08 ± 2,89	
IMC	Baixo peso	5	2,5%
	Peso normal	61	30,2%
	Sobrepeso	84	41,6%
	Obesidade grau I	36	17,8%
	Obesidade grau II (severa)	13	6,4%

	Obesidade grau III (mórbida)	3	1,5%
Circunferência abdominal Média	< 80	35	17,3%
	≥ 80	167	82,6%
		90,35 ± 11,23	
Escore de Framingham	Sem risco	28	13,9%
	Baixo risco	81	40,1%
	Médio risco	63	31,2%
	Alto risco	30	14,9%

Tabela 2 – Média de pontuação por perguntas da Escala de Avaliação Menopáusica

	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se excluído
Domínio Físico	1. Falta de ar, suores, calores	1,44	1,564	33,04%	69,98%
	2. Mal-estar do coração	0,99	1,271	44,55%	68,36%
	3. Problemas do sono	1,38	1,499	31,21%	70,23%
	4. Problemas musculares e nas articulações	1,93	1,610	26,84%	71,05%
	Média	1,48	1,52		
Domínio Psicológico	1. Estado de ânimo depressivo	1,65	1,455	52,84%	66,81%
	2. Irritabilidade	1,82	1,462	50,38%	67,20%
	3. Ansiedade	2,18	1,502	41,87%	68,54%
	4. Esgotamento físico e mental	1,62	1,544	40,31%	68,78%
	Média	1,82	1,50		
Domínio Urogenital	1. Problemas sexuais	1,06	1,434	20,24%	71,79%
	2. Problemas de bexiga	0,49	1,028	29,49%	70,41%
	3. Ressecamento vaginal	0,67	1,278	28,01%	70,57%
	Média	0,75	1,32		
	Pontuação total	15,14	8,14		
	0-4 pontos – sem sintomas	N=21		10,8%	
	5-8 pontos – leves	N=21		10,8%	
	9-15 pontos – moderados	N=62		30,6%	
	≥16 pontos – severos	N=98		58,5%	

Tabela 3 – Frequência das respostas da Escala de Avaliação Menopáusica

Item	Nenhum		Pouco severo		Moderado		Severo		Muito severo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Físico										
1	89	44,1%	29	14,4%	28	13,9%	18	8,9%	38	18,8%
2	108	53,5%	30	14,9%	38	18,8%	11	5,4%	15	7,4%
3	91	45,0%	24	11,9%	36	17,8%	21	10,4%	30	14,9%
4	59	29,2%	32	15,8%	34	16,8%	18	8,9%	59	29,2%
Psicológico										
5	69	34,2%	22	10,9%	52	25,7%	28	13,9%	31	15,3%
6	58	28,7%	27	13,4%	45	22,3%	37	18,3%	35	17,3%
7	45	22,3%	22	10,9%	42	20,8%	38	18,8%	55	27,2%
8	80	39,6%	16	7,9%	42	20,8%	28	13,9%	36	17,8%
Urogenital										
9	120	59,4%	11	5,4%	30	14,9%	21	10,4%	20	9,9%
10	159	78,7%	7	3,5%	24	11,9%	5	2,5%	7	3,5%
11	150	74,3%	11	5,4%	13	6,4%	13	6,4%	15	7,4%

Gráfico 1 - Análise conjunta da gravidade dos sintomas e média de pontuação da Escala de Avaliação Menopáusica

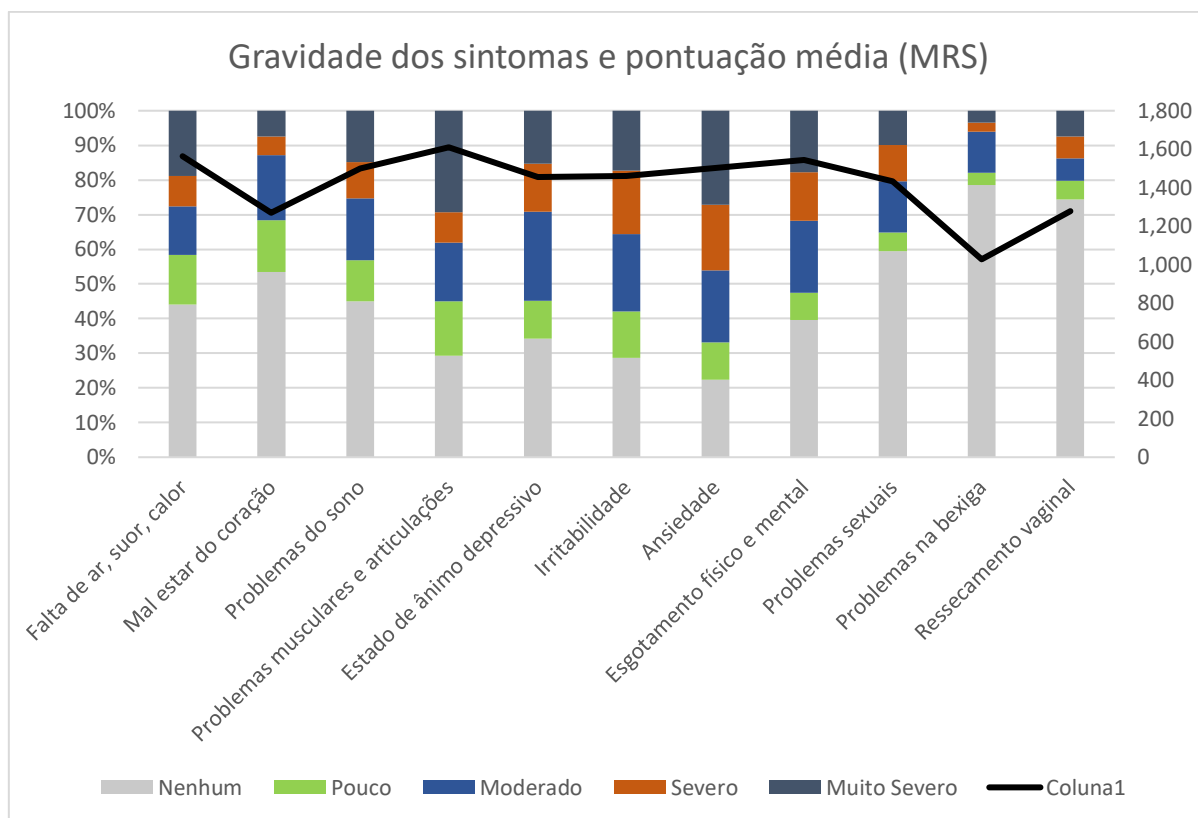


Tabela 4 - Cruzamento entre bairro de residência e variáveis sociodemográficas, risco cardiovascular e pontuação na Escala de Avaliação Menopáusica

Variável	Respostas	Urbana		Rural		P-valor
Idade	45 a 51	40	45,5%	52	45,6%	0.5225
	52 a 58	30	34,1%	32	28,1%	
	59 a 65	18	20,5%	30	26,3%	
Média		52,8 ± 5,64		53,08 ± 6,10		
Estado civil	Casada	33	37,5%	61	53,5%	0.0250
	Mora junto	12	13,6%	23	20,2%	
	Solteira	21	23,9%	14	12,3%	
	Separada/Divorciada	14	15,9%	9	7,9%	
	Viúva	8	9,1%	7	6,1%	
Raça	Parda	51	58.0%	64	56.1%	0.1925
	Branca	32	36.4%	35	30.7%	
	Preta	5	5.7%	15	13.2%	
	Amarela	0	0.0%	0	0.0%	

Renda familiar	< 1	25	28,4%	49	43,0%	0.0384
	De 1 a 3	59	67,0%	64	56,1%	
	De 3 a 6	4	4,5%	1	0,9%	
	De 6 a 10	0	0,0%	0	0,0%	
	> 10	0	0,0%	0	0,0%	
Escolaridade	Sem escolaridade	9	10,2%	20	17,5%	0.0053
	Fund. incompleto	47	53,4%	73	64,0%	
	Fund. completo	7	8,0%	11	9,6%	
	Médio incompleto	3	3,4%	1	0,9%	
	Médio completo	17	19,3%	4	3,5%	
	Superior incompleto	0	0,0%	0	0,0%	
	Superior completo	5	5,7%	5	4,4%	
Atividade Física	≥ 150 minutos	44	50,0%	44	38,6%	0.1059
	< 150 minutos	44	50,0%	70	61,4%	
Tabagismo	Não fumante	58	65,9%	71	62,3%	0.524
	Ex-tabagista	19	21,6%	32	28,1%	
	Tabagista	11	12,5%	11	9,6%	
Consumo de álcool	não faz uso	67	76,1%	101	88,6%	0.0168
	≤ 15g/dia	17	19,3%	13	11,4%	
	≥ 15g/dia	4	4,5%	0	0,0%	
Menarca	≤ 9	82	93,2%	104	91,2%	0.1647
	10 - 14	6	6,8%	9	7,9%	
	> 15	0	0,0%	1	0,9%	
Estado menstrual	Pré-menopausa	20	22,7%	20	17,5%	0.5678
	Perimenopausa	20	22,7%	24	21,1%	
	Pós-menopausa	48	54,5%	70	61,4%	
Procedimento ginecológico	Perineoplastia	25	28,4%	14	12,3%	0.0040
	Correção de incontinência urinária de esforço	2	2,3%	3	2,6%	0.8710
Número de Gestações	≤ 2	27	30,7%	30	26,3%	0.0191
	3 - 5	50	56,8%	51	44,7%	
	> 6	11	12,5%	33	28,9%	
Média		3,45 ± 2,76		4,57 ± 2,91		
IMC	Baixo peso	2	2,3%	3	2,6%	0.9796
	Peso normal	26	29,5%	35	30,7%	
	Sobrepeso	36	40,9%	48	42,1%	
	Obesidade grau I	16	18,2%	20	17,5%	

	Obesidade grau II (severa)	7	8,0%	6	5,3%	
	Obesidade grau III (mórbida)	1	1,1%	2	1,8%	
Circunferência abdominal	< 80	38	43,2%	52	45,6%	
	≥ 80	50	56,8%	62	54,4%	0.7308
Média		90,31 ± 10,63		90,37 ± 11,72		
Escore de Framingham	Sem risco	20	17,5%	11	8,5%	
	Baixo risco	42	36,8%	53	41,1%	
	Médio risco	40	35,1%	35	27,1%	0.0008
	Alto risco	12	10,5%	30	23,3%	
Domínio físico	Média	1,39 ± 1,53		1,45 ± 1,53		
1. Falta de ar, suores calores		55	62,5%	49	41,8%	
	Média	1,40 ± 1,57		1,45 ± 1,56		0.5053
2. Mal-estar do coração		48	54,5%	60	51,2%	
	Média	1,01 ± 1,33		0,95 ± 1,22		0.8715
3. Problemas de sono		39	44,3%	52	44,4%	
	Média	1,51 ± 1,57		1,28 ± 1,43		0.5024
4. Problemas musculares e nas articulações		31	35,2%	26	22,2%	
	Média	1,64 ± 1,59		2,13 ± 159		0.02615
Domínio psicológico	Média	2,06 ± 1,56		1,63 ± 1,43		
5. Estado de ânimo depressivo		24	27,7%	44	37,6%	
	Média	1,94 ± 1,54		1,43 ± 1,34		0.01377
6. Irritabilidade		21	23,8%	37	31,2%	
	Média	2,17 ± 1,52		1,57 ± 1,39		0.03714
7. Ansiedade		17	19,3%	28	23,9%	
	Média	2,40 ± 1,49		1,98 ± 1,49		0.1364
8. Esgotamento físico e mental		32	36,3%	45	38,4%	
	Média	1,73 ± 1,63		1,53 ± 1,47		0.3788
Domínio urogenital	Média	0,75 ± 1,29		0,75 ± 1,34		
9. Problemas sexuais		54	61,3%	66	56,4%	
	Média	1,00 ± 1,43		1,10 ± 1,44		0.8292
10. Problemas de bexiga		63	71,5%	93	79,4%	
	Média	0,57 ± 1,10		0,41 ± 0,96		0.499
11. Ressecamento vaginal		65	73,8%	83	70,9%	
	Média	0,69 ± 1,30		0,74 ± 1,48		0.9761
Pontuação total	Média	16,1 ± 8,39		14,5 ± 7,9		0.1492

DISCUSSÃO

No presente estudo buscou-se avaliar a prevalência de sintomas em mulheres na transição menopáusica, entre 45 e 65 anos, a partir de uma escala sugerida pelas principais associações e estudos sobre o assunto¹⁷. Ao entender que tanto a menopausa quanto todo o conjunto de sintomas que caracterizam a síndrome climatérica dependem de vários fatores individuais, genéticos, psicológicos e sociais, o impacto que isso ocasionará em sua vida dependerão de seus conceitos de vida, sua função familiar, sua suscetibilidade a determinadas variações hormonais, sua aceitação perante as mudanças e seu novo papel diante dos anos que virão. Diante disso, também é verdade que pode vir a ser um fator diferencial o contexto ambiental e social em que o indivíduo é inserido, já que é fato que diferentes culturas vivenciam o período dessa transição entre a vida reprodutiva e não reprodutiva de maneiras diferentes⁴. São poucos os estudos que trazem a diferenciação sintomatológica entre mulheres que vivem em zonas urbanas e rurais, sobretudo porque os estudos, em sua grande maioria são feitos em países mais industrializados, com maior poder econômico e que investem mais seus recursos em pesquisas. Outro motivo se deve aos habitantes desses países residirem, em sua grande maioria, nas cidades, o que torna pouco explorado ou com menor interesse estudos com populações menos numerosas proporcionalmente e que vivem em ambientes mais afastados dos grandes centros urbanos. Tanto que a maioria das análises que são feitas nesses grupos populacionais menos favorecidos advém de países com menor desenvolvimento, como países asiáticos, africanos e sul-americanos, mas nem por isso tais questões se tornam menos importantes.

No questionário sociodemográfico nota-se que pouco mais da metade das pessoas eram provenientes da zona rural (56,4%) em detrimento da zona urbana (43,6%). A idade média total foi de 52,98 (+/- 5,89), do primeiro grupo era 53,08 (+/- 6,10) e do último 52,8 (+/- 5,64), sendo a média total maior do que 48 (+/- 4,61) da analisada no estudo de inquérito domiciliar em São Luís – Maranhão, outra cidade do

Nordeste brasileiro¹⁰, porém inferior da pesquisa realizada em Recife²², 55 (+/- 6,1). Houve predomínio de estado civil casada ou morando junto com companheiro (63,8%), raça parda (56,9%) e renda familiar igual ou inferior a três salários-mínimos (97,5%), o equivalente a menos que R\$ 2.862, sendo que 36,6% ainda admitiram renda menor que um salário-mínimo, também semelhantes ao encontrado no inquérito domiciliar citado anteriormente¹⁰ em que a raça parda prevaleceu em 37,9%, sendo a maioria encontrada, 56% admitiu ser casada ou ter um parceiro e a maioria tinha renda inferior a três salários-mínimos. O estado civil casado também foi predominante em 61,6% no estudo de Silva Filho e Costa²², de Yisma²³ entre mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, onde 69,9% eram casadas e de Fonseca²⁴, com porcentagem de 69,8%. Já sobre a escolaridade, 14,4% eram analfabetas e das que frequentaram a escola, 59,4% tinham ensino fundamental incompleto, ou seja, no acumulado 73,8% tinham menos que 9 anos de estudo, índices muito superiores a outros estudos citados anteriormente^{10,22,23} e inferior a um estudo realizado em mulheres climatéricas turcas, em que essa taxa chegou a 79,7%²⁵.

Nos fatores de risco cardiovasculares, como sedentarismo, tabagismo, grau de sobrepeso/obesidade e aumento da circunferência abdominal, tem-se que 43,6% eram praticantes de alguma atividade física, 10,9% eram fumantes, 2,0% faziam uso de bebida alcoólica regular, 82,6% tinham circunferência abdominal maior que 80 cm (média de 90,35 ±11,23) e 25,7% eram obesas. A pratica de atividade física foi menor em estudos semelhantes em mulheres climatéricas, de acordo com Dos Santos Mota e Yang^{26,27}. Entre o hábito de fumar, Malheiros encontrou taxas semelhantes¹⁰ e Yang observou prevalência de 2,1% de fumantes e de 2,3% quanto ao consumo de álcool²⁷, taxas menores e maiores, respectivamente, que observados no presente estudo. A frequência de mulheres com peso normal, sobrepeso e obesidade assemelhou-se com o estudo de Malheiros¹⁰. Com relação ao risco cardiovascular segundo Escore de Framingham, o índice de mulheres na transição menopáusica foi 8,43% no baixo risco cardiovascular, 6,2% maior no moderado risco muito semelhante no alto risco, de acordo com o estudo de Versiani²⁸, diferente de outro estudo onde 90,5% das entrevistadas possuíam baixo risco no Escore²⁶. No estudo de Fonseca o numero de participantes de alguma atividade física era superior (68,4%), porém também eram maiores o número de mulheres obesas (36,0%) e que ingeriam alguma bebida alcoólica regularmente (21,2%), com taxa de fumantes praticamente igual (10,2%)²⁴.

De acordo com a Escala de Avaliação Menopáusica utilizada no presente artigo para mensurar tanto as queixas principais quanto a severidades dos domínios mais prevalentes na transição menopáusica, prevalência de sintomas climatéricos foi de 89,7% e, em ordem decrescente, a ansiedade relatada por 157 mulheres (77,7%), seguidos de irritabilidade (71,3%), problemas musculares e articulações (70,8%), estado de ânimo depressivo (65,8%), esgotamento físico e mental (60,4%), falta de ar, suores, calores (55,9%), problemas de sono (55,0%), mal-estar do coração (46,5%), problemas sexuais (40,6%), ressecamento vaginal (25,7%) e os problemas de bexiga (21,3%). Os três sintomas mais prevalentes no estudo de 226 mulheres na peri e pós-menopausa de Etiópia foram falta de ar, suores, calores (65,9%), problemas de sono (49,6%) e estado de ânimo depressivo (46,0%)²³ e num hospital terciário foram esgotamento físico e mental (72%), problemas musculares e nas articulações (68,5%) e falta de ar, suores, calores (44,6%)²⁹. Em outro estudo realizado em mulheres sauditas, as três queixas mais relatadas foram problemas musculares e articulares (80,7%), esgotamento físico e mental (64,7%) e falta de ar, suores e calores (47,1%)³⁰. Na subdivisão por domínios, no presente estudo, a pontuação foi maior no domínio psicológico (1,82 +/- 1,5) seguido do físico (1,48 +/- 1,52) e urogenital (0,75 +/- 1,32), igualmente encontrado por Sharma e outros estudos^{31,32,33}.

No comparativo entre as 88 mulheres urbanas (43,5%) e 114 rurais (56,5%), a média de idade foi de 52,8 (+/- 5,64) e 53,08 (+/- 6,10) respectivamente. Ao considerar como valor de significância o valor de $p < 0,05$, observa-se diferença entre sete das 14 variáveis pesquisadas, além de 3 perguntas das 11 componentes da MRS. Observa-se que as componentes rurais, no geral tinham companheiro fixo (73,7% *versus* 51,1%), ganhavam menos que três salários-mínimos (99,1% *versus* 95,4%), tinham menos que nove anos de estudo (71,5% *versus* 63,6%), consumiam menos álcool (11,4% *versus* 23,8%), realizaram menos procedimento cirúrgico de perineoplastia (12,3% *versus* 28,4%), tinham mais gestações ao longo de suas vidas reprodutivas, sobretudo quando o número superava 6 (28,9% *versus* 12,5%) e tinham mais que o dobro de mulheres com alto risco cardiovascular (23,3% *versus* 10,5%).

A maior prevalência de sintomas no MRS ocorreu para ressecamento vaginal nas mulheres urbanas (73,8%) e problemas de bexiga nas rurais (79,4%), diferente de outros estudos, onde as maiores queixas para o primeiro grupo foi falta de ar, suores, calores e problemas musculares e articulares³² e para o último: esgotamento

físico e mental e problemas musculares e articulares³⁴. Quanto a gravidade, mulheres rurais apresentaram média de pontuações inferiores com 14,5 *versus* 16,1 que das mulheres urbanas, semelhante ao estudo realizado em uma cidade da Índia onde as pontuações foram superiores em todos os domínios da escala de avaliação menopáusica nas mulheres urbanas³¹, também no estudo de Silveira, onde foi sugeriu-se que a sintomatologia e severidade dos sintomas eram maiores nas mulheres das cidades porque possuem mais acesso a informação, melhor percepção do seu próprio estado de saúde e por tendências culturais³³ e diferente de outro estudo de Sharma com mulheres na pós-menopausa, onde a prevalência e pontuação dos sintomas foram maiores no grupo rural, com o argumento de que as diferenças se devem a fatores como raça, estilo de vida, cultura, genética, dieta, doenças e presença de comorbidades³², assim como no estudo de Sagdeo e de Malacara, que atribui maior sintomas em mulheres rurais devido a vários fatores, sobretudo a baixa escolaridade, diminuição da autoestima após o final das gestações e fim do período reprodutivo, além de argumentar que as residentes urbanas possuem maiores oportunidades de se envolverem em atividades sociais, culturais ou econômicas, o que contribui para menores prevalências de queixas referentes ao climatério³⁵.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a prevalência de sintomas climatéricos no presente estudo foi maior que encontrado por outros autores, bem como os sintomas específicos tiveram ampla variação na frequência de acordo com outras pesquisas, o que corrobora a concepção de que a presença e a gravidade das queixas está atrelada a fatores individuais e variam de acordo com o ambiente ao qual a mulher está inserida. Houve correspondência com outros estudos quanto aos domínios, em que a escala psicológica, seguida da física e da urogenital tiveram concordância com outros estudos. Quanto ao risco cardiovascular, observou-se a presença vários fatores de risco, principalmente quanto ao aumento da circunferência abdominal e alto risco no Escore de Framingham, entretanto que possuem correlação e até índices maiores na literatura pesquisada.

No comparativo entre a prevalência e gravidade dentre aquelas mulheres que relataram sintomas da transição menopáusica entre residentes da zona urbana e na

zona rural, observou-se que nesse último grupo a pontuação na escala da pesquisa foi maior, o que significa que a gravidade dos sintomas foram menores que das mulheres urbanas, em que pode ser sugerido que as moradoras das cidades possuem mais informação quanto ao seu estado de saúde e quanto as transformações que ocorrem nesse período, o que reflete na maior mensuração das queixas, além de reforçar a questão da frequência de sintomas estar diretamente ligado a questões culturais, ambientais, genéticos e individuais.

REFERÊNCIAS

1. Hoffman B L et.al. *Ginecologia de Williams*. 2.ed. AMGH. São Paulo: ARTMED; 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de atenção a mulher no climatério e menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
3. **Burger HG, Hale GE, Dennerstein L, Robertson DM**. Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. *Menopause*. 2008;15:603–612.
4. **Soules MR, Sherman S, Parrott E**, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril*. 2001;76:874–878.
5. **Matthews KA, Wing RR, Kuller LH**, et al. Influence of the peri-menopause on cardiovascular risk factors and symptoms of middle-aged healthy women. *Arch Intern Med*. 1994;154:2349–55.
6. **Kannel WB**. Metabolic risk factors for coronary heart disease in women: perspective from the Framingham Study. *Am Heart J*. 1987; 114: 413–419.
7. **Mansur ADP, Favarato D**. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(1):20-5.
8. **Lisabeth L, Bushnell C**. Stroke risk in women: the role of menopause and hormone therapy. *Lancet Neurol*. 2012;11:82–91.
9. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

10. **Malheiros ES, Chein MB, da Silva DS, Dias CL, Brito LG, Pinto-Neto AM**, et al. [Climacteric syndrome in a Northeastern Brazilian city: a household survey]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(4):163-9 Portuguese.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas*. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=1866&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas&view=noticia>. Acesso em: 03 de janeiro de 2018.
12. LAGARTO (Município). Lei nº 196, de 10 de outubro de 2006. Institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Lagarto. **Legislação municipal**, Lagarto, SE, 2006.
13. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.
14. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. – 4.ed. - São Paulo, SP.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília :Ministério da Saúde, 2010.
16. **Fernandes CE, Neto JsLP, Gebara OCE**, et al. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). *Arq. Bras. Cardiol*. 2008; 1(Supl1):1-23.
17. **Jenabi E, Shobeiri F, Hazavehei SM, Roshanaei G**. Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: a systematic review. *Oman Med J*. 2015;30:151–156.
18. **Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P**, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004, vol. 2 pg. 45.
19. **Wilk MB, Shapiro SS**. An analysis of variance test for normality (completesamples). *Biometrika*. 1965;52(3-4):591–611.

20. **Mann HB, Whitney DR.** On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *The Annals of Mathematical Statistics*. 1947;18(1): 50–60.
21. **Kruskal WH, Wallis WA.** Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *Journal of the American Statistical Association*. 1952; 47(260): 583–621.
22. **Silva Filho EA, Costa AM.** Evaluation of quality of life of climacteric women assisted at a school hospital of Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(3):113-20.
23. **Yisma E, Eshetu N, Ly S, Dessalegn B.** Prevalence and severity of menopause symptoms among perimenopausal and postmenopausal women aged 30-49 years in Gulele sub-city of Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2017;17(1):124.
24. **Fonseca JR, Freitas RN, Duarte MR, Reis VMCP, Popoff DAV, Rocha JSB.** Índice de Masa Corporal y factores asociados en mujeres climáticas. *Enfermería Global*. 2018;17(49): 1-35.
25. **Sut, H. K.; Sut, N.** Severity of Menopausal Symptoms in Climacteric Turkish Women. *International Journal of Caring Sciences*, v.10, n.1, p. 383-392, jan.-apr. 2017.
26. **Dos Santos Mota MP, Gomes Moura IC, Marinho RM, Sternick EB, Almeida AM.** Evaluation of Cardiovascular Risk in Climacteric Women: A Cross-Sectional Study. *J Midlife Health*. 2018 Jul-Sep;9(3):123-129.
27. **Yang L, Lin L, Kartsonaki C, Guo Y, Chen Y, Bian Z, et al.** Menopause Characteristics, Total Reproductive Years, and Risk of Cardiovascular Disease Among Chinese Women. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2017 nov;10(11).
28. **Versiani CM, Freire AC, Dias GMM, Brito BD, Rocha JSB, Reis VMCP.** Avaliação do risco cardiovascular em mulheres climatéricas assistidas pelo Programa Saúde da Família. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2013; 11(4):[cerca de 5 p.].
29. **Khatoon, A, Husain S, Husain S, Hussain S.** An Overview of Menopausal Symptoms Using the Menopause Rating Scale in a Tertiary Care Center. *J Midlife Health*. 2018;9(3): 150-154.
30. **AlDughaiter A.; AlMutairy H.; AlAteeq M.** Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Int J Womens Health*. 2015;7: 645-653.

31. **Joshi M, Nair S.** Epidemiological study to assess the menopausal problems during menopausal transition in middle age women of Vadodara, Gujarat, India. *Indian J Obstet Gynaecol Res.* 2015;2(3):163-168.
32. **Sharma S, Mahajan N.** Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. *J Midlife Health.* 2015;6:16–20.
33. **Silveira IL, Petronilo PA, Souza MO, Costa e Silva TD, Duarte JM, Maranhão TM,** et al. Prevalence of climacteric symptoms in women living in rural and urban areas of Rio Grande do Norte, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(8):415-22.
34. **Sagdeo M M, Arora D.** Menopausal symptoms: A comparative study in rural and urban women. *J K Sc.* 2011;13:23–6.
35. **Malacara JM, Cetina TC, Bassol NG, González N, Cacique L, Vera-Ramírez ML,** et al. Symptoms at pre- and postmenopause in rural and urban women from three States of Mexico. *Maturitas.* 2002;43: 11-19.

3 REFERÊNCIAS

ANTUNES S.; MARCELINO O.; AGUIAR T. Fisiopatologia da menopausa. **Revista portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v.19, n.4, p.353-357, 2003

ARAÚJO, J. B. S. et al. Avaliação da Intensidade da Sintomatologia do Climatério em Mulheres: inquérito populacional na cidade de Maceió, Alagoas. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FITS**, v.2, n.3, p. 101-111, mai. 2015.

ASSUNÇÃO, D. F. S. et. al. Qualidade de vida em mulheres climatéricas. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.15, n.2, p. 80-83, abr.-jun. 2017.

BARUA, L. et al. Physical activity levels and associated cardiovascular disease risk factors among postmenopausal rural women of Bangladesh. **Indian Heart Journal**, v.70, n.3, p. 161-166, dec. 2018.

BLÜMEL, J. E. et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. **Menopause**, Pepper Pike, v.18, n.7, p. 778-785, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção a mulher no climatério e menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BURGER, H. G. et al. Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. **Menopause**, Pepper Pike, v.15, n.4, p. 603-612, jul. 2008.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. **Lancet Oncology**, v.13, n.11, p. 1141–1151, nov. 2012.

Comissões Nacionais Especializadas de Ginecologia e Obstetrícia. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – **Manual de Orientação: Climatério**. Rio de Janeiro, 2010.

CRUZ MARTINEZ, E. A. et al. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. **Revista de la Facultad de Medicina (México)**, Ciudad de México, v.55, n.4, p. 10-15, ago. 2012. Disponible en

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422012000400003&lng=es&nrm= . accedido en 11 abr. 2019.

DOSI, R. et al. Cardiovascular Disease and Menopause. **Journal of Clinical Diagnostic Research**, v.8, n.2, p. 62-63, fev. 2014.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências de vivido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.6, nov.-dez., 2005.

HOFFMAN, B.L. et.al. **Ginecologia de Williams**. 2.ed. AMGH. São Paulo: ARTMED, 2014.

JENABI, E. et al. Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: a systematic review. **Oman Medical Journal**, v.30, n.3, p. 151–156, may 2015.

KACZMAREK, M. et al. The association between socioeconomic status and health-related quality of life among Polish postmenopausal women from urban and rural communities. **HOMO – Journal of Comparative Human Biology**, v.68, n.1, p. 42-50, jan. 2017.

KAMAL, N. N.; SEEDHOM A. E. Quality of life among postmenopausal women in rural Minia, Egypt. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v.23, n.8, 2017.

KANNEL, W. B. Metabolic risk factors for coronary heart disease in women: perspective from the Framingham Study. **American Heart Journal**, v.114, n.2, p. 413-419, aug. 1987.

KARMAKAR, N. et al. Quality of life among menopausal women: A Community-based study in a rural área of West Bengal. **Journal of Mid-life Health**, v.8, n.1, p. 21-27, jan.-mar. 2017.

KAT, A. C. et al. Anti-Müllerian hormone trajectories are associated with cardiovascular disease in women: results from the Doetinchem cohort study. **Circulation**, n.135, v.6, p. 556-565, feb. 2017.

LEY, S. H. et al. Duration of Reproductive Life Span, Age at Menarche, and Age at Menopause Are Associated With Risk of Cardiovascular Disease in Women. **Journal of the American Heart Association**, v.6, n. 11, nov. 2017.

LIANG, H. et al. The metabolic syndrome among postmenopausal women in rural Canton: prevalence, associated factors, and the optimal obesity and atherogenic indices. **PLoS One**, v.8, n.9, sep. 2013.

LISABETH, L.; BUSHNELL C. Stroke risk in women: the role of menopause and hormone therapy. **Lancet Neurology**, v.11, n.1, p. 82-91, jan. 2012.

LUI FILHO, J. F. et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.37, n.4, p. 152-158, abr. 2015.

MALHEIROS, E. S. A. et al. Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: um inquérito domiciliar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p. 163-169, abr. 2014.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2016; [online].ahead print, PP.0-0. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

MATTHEWS, K. A. et al: Influence of the perimenopause on cardiovascular risk factors and symptoms of middle-aged healthy women. **Archives of Internal Medicine**, v.154, n.20, p. 2349-2355, 1994.

MCKINLAY, S. M.; BRAMBILLA D. J.; POSNER J. G. The normal menopause transition. **Maturitas**, Limerick, v.14, n.2, p. 103-115, jan. 1992.

MIRANDA, J. S. et al. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.67, n.5, p. 803-809, out. 2014.

POOMALAR, G. K.; BUPATHY, A. The Quality of Life During and After Menopause Among Rural Women. **Journal of Clinical Diagnostic Research**, v.7, n.1, p. 135-139, jan. 2013.

SHARMA, S.; MAHAIAN, N. Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. **Journal of Mid-life Health**, v.6, n.1, p. 16-20, jan.-mar. 2015.

SILVA, E. A. F.; COSTA A. M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p. 113-120, 2008.

SILVEIRA, I. L. et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 415-422, ago. 2007.

SOULES, M. R. et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). **Fertility and Sterility**, v.76, n.5, p. 874-878, nov. 2001.

TANDON, V. R. et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in postmenopausal women: a rural study. **Journal of Mid-life Health**, v.1, n.1, p. 26-29, jan. 2010.

TRELOAR, A. E. Menstrual cyclicity and the pre-menopause. **Maturitas**, v.3, n.3-4, p. 249-264, dec. 1981.

VAN BERESTEIJN, E. C. et al. Perimenopausal increase in serum cholesterol: a 10-year longitudinal study. **American Journal of Epidemiology**, v.137, n.4, p. 383-392, feb. 1993.

VERSIANI, C. M. et al. Avaliação do risco cardiovascular em mulheres climatéricas assistidas pelo Programa Saúde da Família. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, n.11, v.4, p. 339-43, out.-dez. 2013.

YANG, L. et al. Menopause Characteristics, Total Reproductive Years, and Risk of Cardiovascular Disease Among Chinese Women. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v.10, n.11, nov. 2017.

ZAGOZDZON, P.; KOLARZYK, E.; MARCINKOWSKI, J. T. Quality of life and rural place of residence in Polish women – population based study. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v.18, n.2, p. 429–432, 2011

ZHAO, G. et al. Menopausal symptoms: experience of Chinese women. **Climacteric**, v.3, n.2, p. 135-144, 2000.

ZOLNIERCZUK-KIELISZEK, D. et al. Quality of life in peri-and post-menopausal Polish women living in Lublin province – differences between urban and rural dwellers. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v.19, n.1, p. 129-133, 2012.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

a) Escopo e política

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma *Licença Creative Commons*.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo.

Avaliação dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (processo double mind) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões, inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências.

IMPORTANTE! Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o

manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

b) Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

- Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada);
- Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;
- Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;

- Página de Título;
- Manuscrito.

Página de Título

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;
- Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);
- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;

- **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.

- **Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Instruções aos Autores

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia publica as seguintes categorias de manuscritos:

Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada.

Artigos de Revisão, incluindo *comprehensive reviews* metanálises ou revisões sistemáticas. Contribuições espontâneas são aceitas. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;

Cartas ao Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;

Editorial, somente a convite do editor.

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

Fontes dos dados: Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e limitações inclusive.

Seleção dos estudos: Especificar o número de estudos revisados e os critérios empregados em sua seleção.

Coleta de dados: Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.

Síntese dos dados: Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

Resumo informativo, do tipo não estruturado, de artigos de revisão, exceto revisão sistemática e estudos de caso

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências)

Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estructure a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):

Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);

Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.

Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.

Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia estudo de intervenção. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes

são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de **estudo randomizado** informe o número do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) e/ou o número do *International Clinical Trials Registration Platform*(ICTRP/OMS), na página de título.

Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consume per capita de vinho.

Revisão Sistemática e Metanálise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais

Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?

Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (*missing data*)?

Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutividade dos métodos empregados foram consideradas?

Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?

Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p , o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

IMPORTANTE!

A RBGO aderiu à iniciativa do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias interacionais relacionadas:

Ensaio clínico randomizado:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

Estudos observacionais em epidemiologia:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

Revisões sistemáticas e metanálises:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Estudos qualitativos:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>

Resultados

O propósito da seção Resultados é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados

com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO!

As seções **Métodos** e **Resultados** nos **Estudos de Caso** devem ser substituídas pelo termo **Descrição do Caso**.

Discussão

Na seção **Discussão** enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentadas nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção Discussão informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão

A seção **Conclusão** tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte o American Medical Association (AMA) Citation Style.

*As instruções aos Autores deste periódico foram baseadas na obra literária **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.**

c) Envio dos manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Endereço: Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 3421, 01401-001, sala 903, Jardim Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

Tel.: + 55 11 5573.4919

Email: editorial.office@febrasgo.org.br

Home

Page:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/10.1055/s-006-33175>

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida e Risco Cardiovascular em Mulheres Climatéricas das Zonas Urbana e Rural no Município de Lagarto SE

Pesquisador: LEDA LUCIA COUTO DE VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85974118.1.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto - Departamento de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.613.761

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional transversal com coleta de dados em três postos de saúde da cidade de Lagarto/Sergipe e um ambulatório de ginecologia geral, de caráter privado e as UBS's Leandro Maciel, José Antônio Maroto, Padre Almeida e Artur de Oliveira Reis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar os grupos de mulheres climatéricas residentes nas zonas urbana e rural no município de Lagarto.

Objetivo Secundário:

Observar aspectos cardiovasculares nas mulheres climatéricas.

Avaliar a prevalência de sintomas e qualidade de vida de mulheres na transição menopáusica.

Quantificar medidas antropométricas, pressão arterial, fatores associados e relacionar com riscos cardiovasculares.

Diferenciar a qualidade de vida de mulheres das zonas urbana e rural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos que podem ser decorrentes de eventuais desconfortos ao responder os questionários

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.613.761

Benefícios:

É de grande importância saber diferenciar o que é um processo fisiológico de um patológico e, desta forma, poder dialogar com a respeito sobre essa parcela da população que está sujeita a grandes transformações corporais. Ainda existem poucos assuntos e publicações acerca desse tipo de população, sobretudo na região Norte e Nordeste do Brasil, o que irá agregar em futuras informações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão avaliadas mulheres com idade entre 45 e 60 anos de idade. Para a diferenciação entre zona urbana e rural, utilizar-se-á como critérios, aqueles utilizados pelo IBGE no último censo de 2010. Será aplicado questionário social, demográfico e econômico, outro com antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos, hábitos de vida, antecedentes familiares, medicações em uso e exames laboratoriais. Uma tabela será utilizada para registro de medidas antropométricas – pressão arterial, peso, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal, circunferência do quadril e relação cintura/quadril. Um terceiro questionário servirá para avaliação dos sintomas e qualidade de vida e um último registrará a satisfação sexual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados, no entanto o TCLE não apresenta o benefício descrito nas "informações básicas do projeto". E o orçamento não apresenta a discriminação dos itens de custeio.

Recomendações:

Recomendamos que a pesquisadora antes de entregar o TCLE aos participantes da pesquisa acrescente o benefício.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendamos que a pesquisadora antes de entregar o TCLE aos participantes da pesquisa acrescente o benefício.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1062434.pdf	18/03/2018 20:08:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoClimatericas160318.docx	18/03/2018 20:08:15	LEDA LUCIA COUTO DE	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.613.761

Investigador	ProjetoClimatericas160318.docx	18/03/2018 20:08:15	LEDA LUCIA COUTO DE	Aceito
Cronograma	CronogramaClimatericasposCEtica.docx	18/03/2018 20:07:15	LEDA LUCIA COUTO DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcomcontatos.docx	18/03/2018 20:06:04	LEDA LUCIA COUTO DE VASCONCELOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoClimatericas.pdf	10/03/2018 19:42:03	LEDA LUCIA COUTO DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodetalhadoMAKIBARALEDA.docx	20/01/2018 16:28:31	LEDA LUCIA COUTO DE VASCONCELOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 23 de Abril de 2018

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)